|  |
| --- |
| **DOSSIER UNIQUE** |
| **Partie médicale**  **ACT** – Appartement de Coordination Thérapeutique  **ACT Hors les murs**  **LAM** – Lit d’Accueil Médicalisé |

# Dossier Médical de Demande d’Admission

*En application du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les données à caractère personnel collectées seront traitées en commission d’admission. Ces données seront conservées à des fins statistiques pendant 2 ans puis seront détruites.*

Document confidentiel à l’attention du médecin coordinateur:

A transmettre par voie postale sous pli confidentiel à : Association ACARS – Commission d’Admission 150 rue Antoine Durafour 42100 St-Etienne

Ou par messagerie à : [admission@association-acars.fr](mailto:admission@association-acars.fr)

**Demande d’Appartements de Coordination Thérapeutique avec hébergement**

**Demande d’Appartements de Coordination Thérapeutique Hors les murs**

**Demande de Lits d’Accueil Médicalisés**

## Médecin instruisant la demande

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Etablissement :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tampon :

Médecin traitant

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordonnées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Identité du patient

Nom – Prénoms :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Féminin Masculin Transgenre Intersexe

Tél :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Données médicales

Très important ! Joindre les comptes rendus de consultation et d’hospitalisation les plus pertinents.

### Maladie chronique principale motivant la demande d’admission :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Stabilisée Evolutive Stade :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date du début de la maladie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### Pathologies associées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Troubles psychiques / psychiatriques : Oui Non

Si oui, lesquels :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi : Oui Non Service ou médecin référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement : Non oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Symptômes comportementaux et psychologiques :

|  |  |
| --- | --- |
| Idées délirantes | Irritabilité / instabilité de l’humeur |
| Hallucinations | Déambulation pathologique |
| Agitation, agressivité | Gestes incessants |
| Dépression | Troubles du sommeil |
| Anxiété | Troubles de l’appétit |
| Exaltation de l’humeur | Désinhibition |
| Apathie, indifférence | Autres |

Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Conduites addictives : Alcool Tabac Autres addictions

Préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de substitution :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Depuis quand :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Suivi en centre spécialisé :  Oui  Non

Suivi en médecine de ville :  Oui  Non

Grossesse en cours :

Non Oui, date prévue d’accouchement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Antécédents médicaux chirurgicaux :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Allergies :

Non Oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Traitement en cours : (joindre une copie des dernières ordonnances)

Médicamenteux : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Gestion habituelle des traitements : Autonome Oui Non

Par une IDE : Passage quotidien Passage hebdomadaire

Projet de soins : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

La personne a-t-elle une bonne connaissance de sa pathologie ? Oui Non (préciser) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ventilation : (concerne demande LAM)

Oxygénothérapie : Non Oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Une oxygénothérapie à court terme est-elle susceptible ? Oui Non

VNI : Non oui (indiquer débit O2) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Kinésithérapie respiratoire : Non Oui (nombre de séances/semaine) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Trachéotomie : Non Oui

Soins techniques associés :

Pansement

Préciser type de pansement, localisation, stade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Soins cutanés – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Perfusion sous-cutanée

Perfusion intra-veineuse – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Besoin en matériel spécifique (pompe à morphine, pompe à alimentation, etc) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Insulino thérapie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Présence d’un germe multi-résistant : Oui Non

Précaution complémentaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autonomie :

Déficit cognitif : Non Oui, préciser score MMS Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alimentation | Hygiène - Toilette | Continence |
| Autonome  Besoin d’aide pour s’alimenter  Régime particulier Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Fausse route  Alimentation entérale  Alimentation parentérale | Autonome  Aide partielle  Aide totale | Incontinence urinaire  Incontinence fécale  Sonde à demeure  Stomie (type) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Communication | Déplacement - Orientation | Appareillage |
| Aisance  Difficultés à s’exprimer  Difficultés de compréhension  Déficience auditive  Non verbale  Barrière de la langue :   * Dit quelques mots en français * Se fait comprendre pour la vie quotidienne * Conversation possible | Autonome  Difficultés physiques (escalier, marche prolongée…)  Aide pour les déplacements :   * Totale * Partielle   Grabataire | Lit médicalisé  Verticalisateur  Lève malade  Matelas à air  Pace maker  Prothèse  Chambre implantable  Dialyse péritonéale  Cannes, béquilles  Fauteuil  Déambulateur |

Indice de karnofsky :

80 à 100% 40 à 70% 10 à 30%

Besoin d’accompagnement pour :

Compréhension de la maladie

Compréhension du traitement

Observance

Coordination des soins

Réalisation des Soins (hors distribution des traitements)

Autre – préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Informations complémentaires :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature :